

Éditorial

Le CNGOF et les sages-femmes



Bernard Hédon,
Président

Le CNGOF s'est impliqué dans les discussions que le mouvement des sages-femmes a portées sur la place publique. Dès les premiers jours, nous avons rédigé un communiqué qui a été discuté et approuvé en Bureau élargi. Il faisait part de notre soutien pour les revendications salariales, de notre compréhension pour la reconnaissance d'un statut qui valide leur qualité de profession médicale et leurs compétences. Nous étions par contre plus en retrait sur la question du premier recours qui demandait à être mieux définie. Quand il l'a fallu, nous avons réagi pour dire notre opposition à l'usage de moyens qui pouvaient mettre en danger la sécurité des femmes.

Le ministère a créé quatre groupes de travail.

- **Un groupe « Statuts ».** Le CNGOF a choisi de ne pas participer à ce groupe par respect pour la profession de sage-femme à qui il appartient de déterminer elle-même, en lien avec les pouvoirs publics, ce qui est le mieux pour elle. Nous sommes cependant restés vigilants, et notamment nous avons fait part de notre préoccupation devant le risque de disparition de l'encadrement sages-femmes qui pourrait désorganiser le fonctionnement des maternités et des services de gynécologie-obstétrique de l'hôpital public. Nous espérons vivement avoir été entendus sur ce point, car il serait incompréhensible que la demande de reconnaissance des compétences et de la responsabilité des sages-femmes aboutisse à une désorganisation des services et à une régression dans la qualité de la prise en charge périnatale.
- **Un groupe « Premier recours ».** Les sages-femmes demandent en effet à être reconnues comme « praticien de premier recours pour la santé des femmes ». Cela inclut « la grossesse, l'accouchement, le post-natal et le suivi gynécologique ». La position du CNGOF sur ce point est que la reconnaissance des compétences ne doit pas conduire à la confusion des métiers. Le premier recours est à l'évidence exercé par plusieurs types de praticiens,

parmi lesquels il y a aussi les médecins généralistes et les gynécologues obstétriciens. Il n'est pas le même à la ville et à la campagne, et il peut être radicalement différent selon le territoire desservi. Tout le monde s'accorde sur le fait que le premier recours représente avant tout une organisation des soins, un fonctionnement en réseaux et une coopération pluriprofessionnelle, et les sages-femmes, pour les domaines de leur compétence, en font partie. Il y a de nombreux exemples de leur intégration, bien souvent en première ligne et au cœur des complémentarités professionnelles.

- Il y a aussi un groupe « Périnatalité ». Le CNGOF y défend les idées qu'il a développées sur la prise en charge de l'accouchement normal pour lequel la « juste médicalisation » ne doit jamais conduire à des prises de risques aux dépens de la sécurité de la maman et de son bébé. Plusieurs concepts organisationnels peuvent y contribuer. La vision des gynécologues obstétriciens et des sages-femmes s'est beaucoup rapprochée. Les sages-femmes veulent y prendre leur part de responsabilité et c'est normal. Celle-ci doit s'exercer, comme c'est toujours le cas pour toutes les responsabilités médicales, en accord avec le projet médical et en concertation avec les autres professions dont, bien entendu, les gynécologues obstétriciens.
- Enfin, le groupe « Formation et recherche ». Malgré notre demande et la légitimité de notre participation à ce groupe de travail en raison de notre contribution à l'enseignement des sages-femmes, nous n'y avons pas été conviés. Nous avons, depuis plusieurs années, pris des positions claires : la profession



Brevés

37

mars

2014



de sage-femme est de nature médicale, c'est donc au sein des facultés de médecine qu'elle sera le mieux enseignée. Les sages-femmes exercent leur métier parmi toutes les autres professions médicales. Il n'y a donc pas de raison qu'elles soient formées ailleurs qu'au sein des facultés de médecine. La formation médicale au sein de l'université a fait considérablement progresser la profession et c'est en partie pour cela que les sages-femmes aspirent à une légitime reconnaissance. Renier le côté médical pour rechercher l'autonomie de leur formation serait contraire à la logique et dangereux pour l'avenir. Sur ce point, les sages-femmes ne veulent rien entendre. Serait-ce la raison de notre mise à l'écart du groupe de travail ? Nous avons cependant d'autres canaux pour faire connaître notre position et, là comme ailleurs, nous espérons que le bon sens finira par prévaloir.

Divers signes sembleraient montrer que les principaux accords qui devraient donner le signal de fin du mouvement ne sont pas loin de pouvoir être conclus. Espérons qu'il en sera ainsi, que la profession de sage-femme aura progressé du point de vue salarial et de la reconnaissance, et que la sérénité va pouvoir se réinstaller dans leur exercice quotidien. Leur mouvement, comme tout mouvement de ce type, aura agité de nombreuses idées, certaines très légitimes, et nous les avons soutenues. D'autres étaient mal exprimées, ou volontairement ambiguës, parfois irrespectueuses de ce que nous sommes. Il aurait été désastreux que la recherche de reconnaissance des sages-femmes tourne à l'affrontement médecins/sages-femmes. Cela a, pour l'essentiel, été évité. Et on se prend à espérer que les idées de projet collectif, d'organisation des soins, de complémentarité des professions au service des femmes et de la naissance, auront progressé.

Bernard Hédon

Les 37^{es} journées du CNGOF ont réuni du 11 au 13 décembre 2013 près de 3000 gynécologues et obstétriciens pour un moment de grande qualité scientifique mais aussi riche en échanges et en rencontres amicales.

Nous remercions beaucoup tous les orateurs pour la grande qualité de leurs interventions, que vous pouvez retrouver en ligne sur le site du CNGOF* sous forme de diaporamas sonorisés.



L'un des moments forts a été la venue de **Madame Najat Vallaud-Belkacem**, ministre des Droits des femmes, qui nous a présenté les axes de sa politique relative aux droits des femmes, à la parité et à l'égalité professionnelle. Elle a particulièrement insisté sur la lutte contre les violences faites aux femmes et la création du site internet d'information sur l'interruption volontaire de grossesse. La vidéo de l'intégralité du discours de M^{me} La ministre est disponible sur le site du CNGOF*.



La conférence du **Professeur Jean-François Mattei** sur l'éthique en gynécologie-obstétrique a été passionnante. Vous pouvez retrouver l'intégralité du texte de cette intervention sur le site du CNGOF*. Celui-ci sera également publié dans le journal de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction.

La qualité des communications orales et des posters présentés lors des JFROG a montré le dynamisme de la recherche dans notre discipline. Parmi elles, quatre com-

munications ont été récompensées par un prix offert par la SHAM :



- **Jérémy Boujenah** du CHU Jean Verdier de Bondy, pour son étude « *Validation externe de l'Endometriosis Fertility Index : vers une prise en charge personnalisée des patientes endométriosiques infertiles opérées* » ;
- **Pierre-Emmanuel Bouet** du CHU d'Angers, pour son étude « *Politique d'utilisation de l'acide tranexanique pour traiter l'hémorragie du postpartum après un accouchement voie basse* » ;
- **Agathe Houzé de l'Aulnoit** du GHICL de Lille, pour son étude « *Développement et évaluation d'un programme d'e-learning de l'analyse du rythme cardiaque fœtal* » ;
- et le prix Prix Mahieu Caputo pour **Anita Hastoy** du CHU Paule de Viguière à Toulouse, pour son étude « *Burn-out en maternité de niveau III, étude des soignants de l'hôpital Paule de Viguière* ».

Enfin, le dîner de gala s'est déroulé à l'Institut du monde arabe et a été un moment de grande convivialité. Il a été l'occasion de célébrer nos trois nouveaux membres d'honneur :

- le **Professeur Sophie Alexander** de Bruxelles pour ses travaux en épidémiologie en obstétrique ;
- le **Docteur Ba Aissata Yaya** de Nouakchott pour son rôle au quotidien auprès des femmes de Mauritanie ;
- et enfin, avec beaucoup d'émotion et en présence de son fils, **Madame Simone Veil** pour son action politique dans l'amélioration de la santé des femmes.

Nous espérons vous retrouver encore plus nombreux cette année du 3 au 5 décembre 2014, au CNIT de Paris-La Défense.

Philippe Deruelle, Olivier Graesslin

* www.cngof.asso.fr

Dépistage prénatal avancé non invasif : étude SAFE 21

La technique du « DPNI » (Diagnostic prénatal non invasif) est très prometteuse et tend à se développer au gré des initiatives. Il y a un consensus dans notre pays pour l'intégrer au dispositif du dépistage de la trisomie 21 dans le but de diminuer la fréquence du recours aux techniques invasives. Le remplacement du dépistage actuel par le DPNI augmenterait au contraire la fréquence du recours à l'amniocentèse. Le travail de recherche qui est proposé ci-dessous a pour but de valider la place du DPNI, et par là de contribuer à sa prise en charge par les autorités sanitaires. Tous les membres du CNGOF sont invités à y apporter leur contribution.

L'étude de l'ADN fœtal dans le sang maternel par séquençage haut débit (dépistage prénatal avancé non invasif, DPANI) permet de détecter 99 % des trisomies 21 (T21) pour 0,1 % de faux positifs. Ces performances n'en font donc pas un test diagnostique, ni une solution de remplacement du caryotype classique (seule la T21 +/- T13 et 18 sont repérées, et le test n'est pas concluant dans 2-5 % des cas). L'ajout du DPANI dans l'offre de soin doit permettre de conserver le bénéfice du travail accompli par l'ensemble des professionnels sur le dépistage combiné et nécessite prudence, évaluation, concertation et réflexion du fait des enjeux médicaux, économiques, sociétaux et éthiques.

L'étude SAFE 21 retenue par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) dans le cadre du Programme de soutien aux techniques innovantes coûteuses ou non (PSTIC) a pour but d'évaluer une offre de DPANI chez les femmes à risque de T21 en comparaison au DPN classique (amniocentèse ou biopsie de trophoblaste). Seront analysés : l'impact clinique du DPANI (en particulier réduction des fausses couches), la préférence des femmes (entre diagnostic de certitude par DPN avec risque faible de complication, et DPANI sans risque pour la grossesse mais avec faible risque d'échec technique et de faux négatif), et l'impact médico-économique (réduction des gestes invasifs sans modification du suivi ultérieur de la grossesse). Dans SAFE 21, une information détaillée est donnée sur les deux approches, les préférences des patientes sont colligées par questionnaire. Puis, les patientes qui le souhaitent seront randomisées entre DPN et DPANI (pris en charge financièrement à 100 % dans le cadre de SAFE 21).

Le STIC SAFE 21 vise à favoriser la diffusion rapide et harmonieuse des techniques de DPANI tout en les évaluant sur le plan médical, psychologique, sociologique et économique en comparaison avec le DPN classique. 2 500 femmes à risques doivent être incluses en moins d'un an.

Renseignements : stic.safe21@gmail.com

Laurent Salomon

Mortalité maternelle

Le taux de mortalité maternelle demeure l'un des meilleurs indicateurs de santé publique et de la santé maternelle, en particulier en l'absence de mesures standardisées de la morbidité maternelle.

Un comité national d'experts pour l'étude et le suivi de la mortalité maternelle (CNEMM) a été créé par une circulaire de la DGS en 1995.

Le recueil des cas se fait à partir des certificats de décès et plus récemment, en partie, à partir d'une déclaration directe des réseaux de périnatalité ce qui a l'avantage de gagner du temps.

Toutes les déclarations sont adressées à l'unité INSERM 953 qui contacte le médecin qui a déclaré le décès pour demander son accord pour diligenter une enquête. En cas de réponse positive, deux « assesseurs », un gynécologue obstétricien ou une sage-femme et un anesthésiste se rendront dans le service où s'est produit le décès pour s'entretenir avec le personnel soignant et recueillir tous les documents qui pourront éclairer les experts.

Le CNEMM est composé d'épidémiologistes (M.H. Bouvier-Colle, C. Deneux-Tharoux) de gynécologues obstétriciens du secteur public et libéral (G. Lévy, F. Puech, H. Cohen, A. Benbassa, S. Favrin), de deux sage-femmes (S. Leroux, A. Simon), d'anesthésistes réanimateurs du secteur public et libéral (D. Chassard, F. Mercier, D. Fillette), d'un médecin réanimateur (P. Charbonneau) et d'un médecin interniste (V. Leguern).

Deux rapporteurs sont chargés de préparer l'exposé de deux à trois dossiers qui sont ensuite discutés par l'ensemble du CNEMM ; à la suite de la discussion, les cas sont classés comme relevant d'une cause obstétricale directe ou indirecte, la qualité des soins est évaluée et une discussion est ouverte pour savoir si le décès était évitable : il l'était dans 53,6 % des cas, toutes causes confondues. Les plus fréquentes sont les hémorragies, puis les embolies pulmonaires, l'hypertension artérielle et les sepsis.

La mortalité maternelle en France est actuellement de 10,3 pour 100 000 naissances et se situe dans la moyenne des pays européens, au même niveau que

Disparition de Claudine Amiel-Tison



Professeur de pédiatrie, directrice de recherche Inserm, Claudine Amiel-Tison a fait progresser la connaissance du cerveau fœtal et néonatal. Son livre (parmi tant d'autres) « Un cerveau pour la vie » témoigne de sa contribution à l'examen neurologique du nouveau-né normal ou atteint d'infirmité motrice cérébrale.

celle du Royaume-Uni ; cela correspond à 85 décès par an.

L'âge, l'obésité, les grossesses gémellaires sont des facteurs qui augmentent notablement le risque de mort maternelle.

Un rapport triennal est régulièrement effectué. Le quatrième portant sur les années 2007-2009 été publié fin 2013 ; il est consultable sur le site du CNGOF*.

Je ne saurais trop vous engager à le lire ; c'est une remarquable source de documentation assortie de recommandations pratiques à la fin de chaque chapitre concernant une étiologie (hémorragie, embolie ...). Il vous servira à améliorer votre pratique et également à mieux pouvoir vous défendre en cas de plainte médico-légale.

En effet, ce trop court texte a pour objectif essentiel de vous donner envie d'aller plus loin !

Gérard Lévy
Président du CNEMM

* www.cngof.asso.fr, rubrique « Documents du CNGOF » puis « Recherches en gynécologie-obstétrique »

Le troisième plan cancer 2014-2019

Le troisième plan cancer couvrant la période 2014-2019 a été dévoilé et devrait mettre l'accent sur la réduction des inégalités à la fois sociales et d'accès aux soins, en s'attachant à améliorer les rapports entre soignants et soignés et à faire mieux communiquer médecine hospitalière et médecine de ville.

Les grandes lignes sur lesquelles ce plan repose et qui a été élaboré à partir du rapport d'orientation du Professeur Jean-Paul Vernant sont les suivantes :

- renforcement de la prévention ;
- continuité des soins entre l'ambulatorio et l'hospitalier ;
- développement du continuum « recherche/prise en charge » ;
- amélioration de la vie des patients durant et après le cancer ;
- prise en compte renforcée des inégalités sociales, géographiques, comportementales.

Propositions d'objectifs stratégiques pour le troisième plan cancer.

Sur la base de l'évaluation des objectifs de santé publique en lien avec le cancer, trois objectifs sont proposés :

- la **réduction effective des inégalités de santé** (constitue l'une des lignes directrices du troisième plan cancer) ;
- les **adaptations nécessaires du système de santé** et de son financement qui imposent une évolution des pratiques, des métiers et des équipements. La participation des médecins traitants dans le parcours de soins est soulignée comme essentielle dans ce processus d'adaptation ;
- la **simplification de l'organisation existante**, permettant d'en augmenter l'efficacité et la cohérence.

Parmi les recommandations faites, certaines concernent spécifiquement la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers du col utérin et du sein.

Grâce à la généralisation à l'échelle nationale, l'objectif est que le taux de couverture du dépistage dans la population cible passe de 50-60 % à 80 % et qu'il soit plus facilement accessible aux populations vulnérables ou les plus éloignées du système de santé.

► Lutter contre les inégalités d'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus

- Mettre en place un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.
- Fonder les programmes sur les recommandations internationales (evidence-based).
- Impliquer fortement les médecins traitants, les gynécologues et les sages-femmes dans l'organisation puis le fonctionnement de ce nouveau dépistage organisé.
- Améliorer la qualité de la pratique des frottis.

- Positionner dans le dispositif l'alternative par auto-prélèvement pour les femmes qui ne font pas de frottis.

Sur la durée du plan, la France se donne pour objectif dans un premier temps d'atteindre une couverture vaccinale (anti-HPV) de 60 % et d'expérimenter l'acceptabilité d'une vaccination en milieu scolaire pour augmenter ce taux de couverture.

► Prévenir les infections par virus responsables de cancers en intensifiant la vaccination chez les enfants.

- Communiquer le nouveau calendrier vaccinal incluant la vaccination anti-HPV.
- Introduire dans les rémunérations sur objectifs de santé publique des médecins traitants un indicateur de progrès de la vaccination anti-HPV, en complément de l'indicateur existant pour le frottis du col de l'utérus.
- Autoriser la vaccination par les infirmier(e)s diplômé(e)s d'État.

Réduire la mortalité et la lourdeur des traitements du cancer du sein grâce au dépistage.

► Augmenter le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein (seuil à 70 %).

- Impliquer les médecins traitants dans les procédures d'invitation et de suivi des tests de dépistage.
- Lutter contre les inégalités d'accès au dépistage.
- Inciter à la réduction du dépistage individuel au profit du dépistage organisé.
- Établir des recommandations pour la surveillance des femmes à risque.

Enfin, des recommandations sont également faites pour apporter de meilleures solutions face aux risques touchant à la fertilité.

- Créer des plateformes clinico-biologiques de préservation de la fertilité.
- Conditionner l'autorisation accordée aux établissements de santé traitant les cancers à la formalisation de liens avec ces plateformes.
- Rendre obligatoire la proposition de conservation de cellules germinales en cas de traitement stérilisant.
- Financer des projets de travaux sur la maturation *in vitro* des tissus germinaux.

Il s'agit donc d'une politique de lutte contre le cancer qui a été engagée il y a maintenant près de dix ans et qui doit se poursuivre avec ce nouveau plan dans la continuité des précédents. Espérons que les moyens qui seront mis en œuvre permettront d'atteindre les objectifs.

Olivier Graesslin

DPC - Inscrivez-vous dès maintenant à un ou plusieurs des DPC proposés par le CNGOF en vous rendant sur notre site dédié aux DPC : www.miniseminaires.com

Vous pourrez y consulter la liste des thèmes, villes et lieux de chaque séminaire, vérifier les places disponibles et, bien sûr, télécharger le programme et le bulletin d'inscription.

Les 38^{es} journées nationales du CNGOF se dérouleront du mercredi 3 au vendredi 5 décembre 2014 au CNIT, Paris-La Défense.



À NOTER

Nouveau format pour les Brèves du Collège, qui seront envoyées **exclusivement par e-mail** aux membres du Collège à jour de leur cotisation à partir du prochain numéro.